

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Sterilität und Sterilitätstherapie bei Migrantinnen - eine Standortbestimmung

David M, Kentenich H, Borde T

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2009; 6 (2), 58-62

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

Sterilität und Sterilitätstherapie bei Migrantinnen – eine Standortbestimmung

M. David¹, H. Kentenich², T. Borde³

In Deutschland als Einwanderungsland gehört die Betreuung und Behandlung von Migrantinnen in reproduktionsmedizinischen Zentren und Praxen schon seit längerem zum Arbeitsalltag. Kommunikationsprobleme oder kulturelle Differenzen können einer optimalen Versorgung von Migrantinnen im Wege stehen. Ziel der Literaturübersicht war es, geschlechts- und migrationsbezogene Parameter sowie soziokulturelle Faktoren zu identifizieren, die Einfluss auf Sterilität und Sterilitätstherapie haben könnten. Im Zeitraum 1997–2007 wurde eine selektive Recherche in den Datenbanken PubMed, Medline und PsycMed durchgeführt. 14 relevante Arbeiten wurden gefunden, sie werden in 7 Themenblöcken zusammengefasst dargestellt und diskutiert. In der Sterilitätsberatung und -therapie wie auch in der reproduktionsmedizinischen Forschung sollten kultursensitive Ansätze eine größere Rolle spielen, um den sozialen und kulturellen Besonderheiten im Umgang mit Sterilität bei betroffenen Migrantinnen bzw. Paaren mit Migrationshintergrund gerecht zu werden.

Schlüsselwörter: Sterilität, Migration, Islam, Information, Kultur

Sterility and Sterility Treatment in Migrants – An Assessment of the Current Situation. In fertility treatment centres and medical practices in Germany the care for and treatment of migrants has become an every-day task. But due to communication problems or cultural differences there still are several barriers to optimal care. The objective of this literature review was to identify parameters related to gender and ethnicity as well as socio-cultural factors that may influence sterility and sterility therapy. A selective literature research for the period 1997–2007 including the databases PubMed, Medline and PsycMed yielded 14 relevant publications, the results will be summarized in 7 thematic units. In sterility treatment, infertility counselling and in research concerning reproductive medicine, culture-sensitive approaches need to be applied, to understand social and cultural differences and to adequately meet the needs of infertile patients with migration background. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2009; 6 (2): 58–62.**

Key words: sterility, migration, muslim, information, culture

■ Einleitung

Während die ESHRE im Juli 2008 im Rahmen eines Sonderhefts von *Human Reproduction* Ergebnisse der Tagung „Entwicklungsländer und Infertilität“ publizierte, hat sich diese europäische Fachgesellschaft für Fortpflanzungsmedizin einer aus unserer Perspektive viel „naheliegenderen“ großen Patientengruppe bisher leider nicht gewidmet – den Migrantinnen [1]. Schätzungen der Vereinten Nationen zufolge leben weltweit derzeit etwa 190 Millionen Menschen in der Emigration. In Deutschland wohnen 15,3 Mio. Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund, was fast einem Fünftel der Bevölkerung (19 %) der Bundesrepublik entspricht (Mikrozensus 2005 vorgelegt vom Statistischen Bundesamt 2006).

Die Zahl der Frauen, die sich weltweit für eine Migration entscheiden (müssen), hat im vergangenen Jahrzehnt so stark zugenommen, dass von einer „Feminisierung der Migration“ gesprochen wird. In Deutschland als Aufnahmegesellschaft stellen Migrantinnen eine

zunehmend heterogene Gruppe dar, denn inzwischen haben sich hier nicht nur verschiedene Migrantengenerationen niedergelassen, sondern auch die Herkunftsgenerationen und die Migrationsmotive der Migrantinnen sind vielfältig.

Für die meisten Ärztinnen und Ärzte gehört die Betreuung und Behandlung von Migrantinnen zum Arbeitsalltag. So werden heute beispielsweise reproduktionsmedizinische Zentren und Praxen in Berlin und westdeutschen Ballungszentren häufig von Paaren nichtdeutscher Herkunft aufgesucht. Darunter stellen türkeistämmige Migrantinnen und Migranten die größte Gruppe. Man gewinnt den Eindruck, dass diese oft jung verheirateten Paare, wenn sie kein Kind bekommen, in eine besonders problematische Situation geraten, weil die eigene Lebensplanung und die Erwartungen des Umfeldes sehr stark darauf fokussieren.

Für die in der medizinischen Versorgung Tätigen stellen sich aber auch immer wieder neue Herausforderungen, wenn

z. B. Kommunikationsprobleme auf beiden Seiten oder kulturelle Differenzen einer optimalen Versorgung von Migrantinnen im Wege stehen. Chancen für eine Verbesserung dieser Situation ergeben sich, wenn geschlechts- und migrationsbezogene Parameter sowie soziokulturelle Faktoren genauer betrachtet werden, die Einfluss auf die Sterilität und die Sterilitätstherapie haben könnten.

Aufgabe der nachfolgenden Überlegungen soll es sein, den Stand der aktuellen Literatur zu diesem Problemfeld aufzuzeigen.

■ Methodik und Ergebnisse der Literatursuche

Für diese Übersichtsarbeit wurde eine selektive Literaturrecherche zum Thema des Artikels (Suchworte: migration/immigration, ethnicity, culture/cultural, infertility/sterility) in den Datenbanken PubMed, Medline und PsycMed durchgeführt, wobei auf englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen der Jahre 1997–2007 eingegrenzt wurde.

Eingegangen: 29.10.2008; akzeptiert nach Revision: 04.02.2009

Aus der ¹Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der ²DRK-Kliniken Westend, Frauenklinik, Berlin und der ³Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Matthias David, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Campus Virchow-Klinikum, Charité-Universitätsmedizin Berlin, D-13353 Berlin, Augustenburger Platz 1; E-Mail: matthias.david@charite.de

Das Ergebnis war insgesamt spärlich. Das Thema „Migration“ spielt in der reproduktionsmedizinischen Fachliteratur bislang nur eine untergeordnete Rolle. Letztlich konnten 14 relevante Arbeiten für diese Publikation identifiziert werden, wobei auf qualifizierende Bewertungen der Studien im Sinne der „evidence-based medicine levels“ verzichtet wird.

Da die einzelnen Arbeiten sehr heterogen sind und u. a. Migrantinnen unterschiedlicher Ethnizität im Fokus hatten, bietet sich eine zusammenfassende Darstellung der Arbeiten nicht an. Stattdessen werden in sieben Themenblöcken relevante Fragen dargestellt und diskutiert.

Reproduktionsmedizin aus islamischer Sicht

Ein Großteil der Migrantinnen in der Bundesrepublik Deutschland stammt aus muslimisch geprägten Ländern. Insofern ist es für die in der Betreuung von sterilen Paaren tätigen Ärztinnen und Ärzte unabdingbar, wesentliche Auffassungen dieser Weltreligion zu reproduktionsmedizinischen Fragen zu kennen.

Kinder zu haben wird im Islam als „großer Segen“ angesehen. Es bestehen nach Husain [2] keine religiösen Einwände dagegen, dass sterile verheiratete Paare irgendeine Form von Fertilitätsbehandlung inklusive In-vitro-Fertilisation, Spermienübertragung oder andere Techniken assistierter Reproduktion in Anspruch nehmen. Bei all dem muss aber strikt kontrolliert bzw. gesichert sein, dass Eizelle bzw. Spermien von den beteiligten Ehepartnern stammen. Dieses Verhältnis wird als „halal“ (erlaubt) beschrieben, während jede Art von Vereinigung von Gameten außerhalb des Verheirateten-Status, sei es nun auf natürlichem Wege oder im Reagenzglas, als „haram“ (verboten) bezeichnet wird. Die Nutzung von Spendensamen für die künstliche Befruchtung ist, so Husain [2], in allen islamischen Schulen strikt verboten. In den meisten islamischen Schulen sind auch Eispende und Leihmutterchaft untersagt. Ähnlich verhält es sich – wie bereits erwähnt – mit Behandlungsmaßnahmen bei nicht verheirateten Paaren oder auch z. B. nach einer Scheidung oder beim Tod des Ehemannes, wenn eine Eizelle durch kryokonserviertes Spermium fertilisiert werden soll [2].

Ansonsten erlaubt der Koran den Paaren, eindeutig reproduktionsmedizinische Behandlungsmaßnahmen so lange vorzunehmen zu lassen, bis eine Schwangerschaft eingetreten ist. Adoptionen werden im Islam mit der spezifischen Einschränkung gefördert, dass das Kind in der Lage sein muss, seinen biologischen Vater durch seinen Namen zu identifizieren [2]. (Offenbar ist auch eine andere Auslegung des Koran möglich – siehe z. B. <http://www.islam.de/1641.php> – und in der Praxis ist die Adoption von nicht verwandten Kindern – siehe Abschnitt 4 dieses Artikels – bei muslimisch geprägten Paaren eher selten.)

Es ist zu beachten, dass die Muslime im Grad ihres Festhaltens an den Vorschriften des Korans variieren und dass der Arzt bei der Präsentation der verschiedenen Behandlungsoptionen gegenüber dem Paar nicht von vornherein davon ausgehen sollte, dass das Paar bestimmte Therapiemaßnahmen nicht akzeptieren wird [2].

Kinderwunschmotive

Erfolgreiche Fortpflanzung wird sowohl auf einer persönlichen als auch auf einer soziokulturellen Ebene bewertet [3]. Die Kinderwunschmotiv-Liste nach van Balen (1995) umfasst sechs Kategorien: Glück, Wohlergehen, Mutter- bzw. Vaterschaft, Identität, Kontinuität und soziale Kontrolle [4]. Eine Reihe von Studien in Europa und Nordamerika haben die Motive, Eltern zu werden, bei sterilen Männern und Frauen aufgrund dieser Motivationsliste untersucht. Obwohl die wissenschaftliche Herangehensweise bei den verschiedenen Studien differierte, waren doch die Ergebnisse ähnlich: In den westlichen Industrieländern waren bei Männern und Frauen die Hauptkinderwunschmotive „persönliche Glückserfüllung“ und „Dynamik in der Partnerschaft“ [3]. Im Gegensatz dazu spielen soziale Gründe, religiöse Motive und Gründe, die den Fortbestand der Familie betreffen, eine geringere Rolle. Man könnte daraus schließen, dass Sterilität in westlichen Gesellschaften weniger sozial kontrolliert ist und die Paare über ihre Elternschaft weitgehend autonom bestimmen können [3].

Eine Arbeitsgruppe um van Rooij hat 2006 die Kinderwunschmotive unfreiwillig kinderloser Paare untersucht und hierbei Unterschiede zwischen Einhei-

mischen und Migranten gefunden [5]. Als Basis nutzte sie ebenfalls ein Konzept nach van Balen und Inhorn [6]. Dieses unterscheidet in zwei Typen: sog. soziale Motive (Kinder als Status, Zeichen des Erwachsenseins, Wunsch, in den Kindern weiterzuleben, Weitergabe des Familiennamens, sozialer Druck, ökonomische Gründe) und sog. individuelle Motive, welche mehr kinder- und partnerbezogen sind (Freude, Glück, ...) [6]. Bei den türkischen Migrantinnen und Migranten waren die nach diesem Konzept definierten „sozialen Gründe“ ausgeprägter als bei den niederländischen Paaren. Türkische Migrantinnenpaare, die mehr an die niederländische (moderne/westliche) Gesellschaft adaptiert/akkulturiert waren, hatten weniger „soziale“ Kinderwunschmotive [5].

Das Verständnis von Kinderwunsch- oder Elternschaftsmotiven hat zwei Bedeutungen:

- Auf demographischer Ebene sind die interkulturellen Unterschiede bezüglich des Wertes von Kindern wichtig, um zu erklären, warum die Fertilitätsraten z. B. in einem großen Teil von Afrika so sehr viel höher sind als in den meisten westlichen industrialisierten Ländern.
- Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung in Europa sind die Kinderwunschmotive in der Sterilitätstherapie wichtig, weil man dadurch relevante Einblicke in Unterschiede bei den betroffenen Paaren erhält [3].

Sterilität und psychische Belastung

Für die meisten betroffenen Frauen ist Sterilität prinzipiell ein einschneidendes soziales und persönliches Problem. Die häufigsten im Zusammenhang mit Infertilität/Sterilität berichteten psychosozialen Probleme sind Disstress, Depression, Angst, sexuelle, Ehe- und Bindungsprobleme, Kontrollverlust und niedriges Selbstwertgefühl. Außerdem haben verschiedene anthropologisch-medizinische Studien in den vergangenen 10 Jahren festgestellt, dass diese sozialen und persönlichen Implikationen streng mit dem kulturellen und/oder religiösen Hintergrund der betroffenen Frauen assoziiert sind. Dies betrifft vor allem Frauen aus patriarchalen Kulturen, wie z. B. die Migrantinnen aus den islamischen Gesellschaften, wo Werte und Ideale von Fertilität und eigener Nachkom-

menschchaft von den entsprechenden Werten in westlichen Gesellschaften differieren. In dieser sozialen Realität hat das erfolgreiche Kindergebären und die Fähigkeit, Kinder zu empfangen, offensichtlich einen größeren Wert als persönliche Fähigkeiten und Talente einer Frau. Deshalb können Sterilitätsprobleme oder ein Schwangerschaftsverlust tragische Konsequenzen für die betroffenen Frauen haben [7, 8].

In einer kleineren eigenen Studie untersuchten Schmid et al. 2004 35 Österreicherinnen und 14 Migrantinnen aus der Türkei und dem Nahen Osten. Sie wiesen keine Unterschiede bei den somatischen, wohl aber bei den psychosozialen Parametern nach: Infertilität stellte demnach für die Migrantinnen dieser Untersuchungsgruppe eine signifikant höhere Belastung dar. Interessant war auch, dass Migrantinnen größere Probleme mit Zyklusstörungen hatten als die untersuchten österreichischen Frauen [8]. Dies erklären Schmid et al. damit, dass eine regelmäßige Regelblutung als Zeichen für Fruchtbarkeit gedeutet wird und damit eine unregelmäßige Menstruation als (bedrohlicher) Hinweis für eine mögliche Sterilität [9].

Van Rooij et al. haben 2007 eine Studie über die emotionale Belastung durch Kinderlosigkeit veröffentlicht [10]. Sie hatten hierbei den Einfluss des Migrationsfaktors im Fokus und untersuchten deshalb vergleichend türkische Paare in der Türkei, türkeistämmige Migrantinnen in den Niederlanden und einheimische niederländische Paare. Im Ergebnis fanden sie, dass emotionaler Distress und die Rate an Scham-/Schuldgefühlen bei infertilen türkischen Migrantinnen und türkischen Frauen in der Türkei deutlich höher als bei niederländischen (einheimischen) infertilen Frauen war. Die Verhältnisse hinsichtlich des Distressbefundes waren bei den Männern der drei Untersuchungsgruppen ähnlich [10].

Die Autoren merken in ihrer Interpretation der Ergebnisse an, dass die Untersuchungsergebnisse die unterschiedliche Bedeutung unterstreichen, die es in verschiedenen Kulturen hat, Kinder zu haben. Mit Infertilität verbinden sich innerhalb einer bestimmten Gesellschaft, einer bestimmten Community oder eines bestimmten familiären bzw. kulturellen

Umfeldes unterschiedliche Konsequenzen. Es gibt offenbar deutliche Unterschiede bei der soziokulturellen Einstellung zu diesem „reproduktiven Unvermögen“. In der Türkei wird Kinderlosigkeit als ein starkes soziales „Stigma“ im Sinne eines Defizits angesehen. Die dominante Kultur in der Türkei ist wie in anderen nicht westlichen Gesellschaften pronatalistisch. Auf den türkischen Paaren lastet mehr als auf den niederländischen Paaren ein sozialer Druck, möglichst schon in relativ jungen Jahren Kinder zu haben. Diese Traditionen und Zwänge werden auch in der Migration wirksam und wirken sich dort, wie die Untersuchungsergebnisse zeigten, auf die türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten aus. Die Autoren ziehen als praktische Konsequenz hieraus den Schluss, dass man die Informiertheit über Ursachen der Infertilität verbessern sollte, um zumindest die hohe Rate an Scham-/Schuldgefühlen im Zusammenhang mit ungewollter Kinderlosigkeit bei Migrantinnen abzubauen [10].

Bereitschaft zu invasiven Therapiemethoden und zu Alternativen

1994–1996 hatten Yüksel und Kantenich im Rahmen einer größeren Studie in Berlin 209 sterile türkeistämmige Paare zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zur Kinderwunschmotivation, Bereitschaft zu bestimmten Behandlungsschritten, zu Alternativen usw. befragt und deren Meinungsbild dann mit einem deutschen Kollektiv verglichen. Es soll hier nur auf die Ergebnisse der in die Studie einbezogenen Frauen eingegangen werden: Die türkeistämmigen Migrantinnen hatten sich wesentlich früher in die Therapie begeben. 24,9 % waren bei der Befragung 20 Jahre alt, bei den deutschen Frauen nur 2 %, bis 25 Jahre alt waren 47,4 % der türkeistämmigen Migrantinnen, bei den deutschen Frauen waren es 19,7 % [11].

Von den türkeistämmigen Migrantinnen waren etwas mehr als 68 % zu invasiven Therapiemethoden bereit, bei den befragten deutschen Frauen 53,3 %. Eine heterologe Insemination war für 5,8 % der türkeistämmigen Migrantinnen und für 7,6 % der deutschen Frauen denkbar. Eine Adoption als Alternative kam nur für 9,1 % der türkeistämmigen, aber für 42 % der deutschen Frauen in Frage. Nur

12 % der türkeistämmigen, aber 32 % der deutschen Frauen hatten für sich eine zeitliche Grenze bei den infrage kommenden Therapiemaßnahmen gesetzt. 85 % der Migrantinnen, aber nur etwas mehr als die Hälfte der befragten deutschen Frauen gaben an, einen starken bzw. sehr starken Kinderwunsch zu haben [11]. Es ist offenbar so, dass die Erwartungen der Familie und die eigene Angst vor einer dauerhaften Kinderlosigkeit dazu führen, dass türkeistämmige Paare vergleichsweise früh – d. h. in deutlichen jüngerem Alter als die deutschen Paare – (reproduktions-) medizinische Hilfe suchen. Dies verbessert zwar einerseits die Chance auf einen Behandlungserfolg, birgt aber andererseits das Risiko in sich, dass diese Frauen/ Paare ohne eindeutige Indikation in invasive Therapien gelangen, obwohl schon Information und Beratung ihre Aussichten auf eine spontane Schwangerschaft verbessern könnten.

Gesundheitswissen und Informationsbedarf

Voraussetzung für das Gelingen der Beratung zu unerfülltem Kinderwunsch, dessen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten sind grundlegende Kenntnisse über weibliche (und männliche) Körperfunktionen. Dieses Basiswissen ist einerseits notwendig, um ggf. die Chance für eine spontane Schwangerschaft nutzen, andererseits um die Ursachen der eingeschränkten Fertilität nachvollziehen und den ärztlichen Rat umsetzen zu können. Ein größeres Verständnis für die Ursachen des „Nichtfunktionierens“ des Körpers kann auch die Gefahr gegenseitiger Schuldzuweisungen der Partner untereinander vermindern. Im Rahmen der Entscheidung für oder gegen ein diagnostisches oder therapeutisches Verfahren ist die einverständliche Aufklärung der Patientin eigentlich nur dann möglich, wenn die ärztlichen Erklärungen auch verstanden werden. Die Ergebnisse der bereits zitierten Untersuchungen von Kantenich und Yüksel [11] zeigen, dass für die befragten türkeistämmigen Paare überwiegend keine guten Voraussetzungen für einen kompetenten und selbstbestimmten Umgang mit der Kinderwunschproblematik gegeben waren, denn von den 209 Paaren hatten 62 % kein Wissen über biologische Grundlagen der Empfängnis, richteten sich beispielsweise nur 6 % mit dem Geschlechtsverkehr nach dem Konzeptionsoptimum

und wiesen zu 72 % kaum Wissen zu Sterilitätstherapien auf, welches sich nicht verbesserte, wenn sie sich einer Behandlung unterzogen hatten [11]. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen, die das Gesundheitswissen deutscher Patientinnen und türkeistämmiger Migrantinnen in einer Berliner Frauenklinik miteinander vergleicht: Die Frauen mit Migrationshintergrund waren weniger gut über ihren Körper informiert und konnten weniger gut mit dem Klinikpersonal kommunizieren [12].

Culley et al. [13] untersuchten die Zufriedenheit mit und den Informationsstand über die Sterilitätstherapie von Migrantinnengruppen in Großbritannien. Sie berichten über die Ergebnisse einer Studie mit 93 Paaren, die aus Pakistan, Bangladesh und Indien zugewandert waren. Nur ein Drittel hatte schriftliche Informationen über die Sterilitätsbehandlung erhalten. Häufig lagen Aufklärungsmaterialien nicht in den relevanten Sprachen vor und die Unterstützungsmaßnahmen in den IVF-Zentren für die Kommunikation mit nicht englischsprachigen Paaren waren mangelhaft [13].

Tradition und Familiengröße

Wie bereits oben ausgeführt, wirken Einflüsse aus dem Herkunftsland der Migranten auch im Zuwanderungsland weiter, werden aber z. B. durch ökonomische Faktoren modifiziert, wie eine Untersuchung von Tang [14] unter chinesischen Migranten in Kanada zeigt: Pronatalistische Traditionen prägen die Fruchtbarkeit dieser Zuwanderer nur so lange, bis sich ihr ökonomischer Status relativ verbessert und sie nicht mehr in Not sind.

Ein anderes Beispiel geben Schoenmaeckers et al. [15] mit einer interessanten vergleichenden epidemiologisch-migrationssoziologischen Untersuchung des generativen Verhaltens türkeistämmiger und marokkanischer Migrantinnen in Belgien.

Bei den türkischen Frauen zeigt sich eine höhere Parität im jungen Alter als bei den marokkanischen Frauen. Sie heiraten in einem jüngeren Lebensalter und beginnen auch früher nach der Eheschließung mit der Umsetzung des Kinderwunsches als die marokkanischen

Frauen. Andererseits wollen die türkischen Frauen nicht mehr so große Familien, was möglicherweise in sozialpolitischen Veränderungen begründet ist, die sich in der Türkei am Beginn des Jahrzehnts abspielten [15].

Die Unterschiede erklären die Autoren mit der sozialen Organisation der beiden Communities und in deren unterschiedlichen Migrationsbedingungen und -ursachen. Die türkeistämmigen Migranten leben, so Schoenmaeckers et al. [15] in ihrer hypothetischen Argumentation, sowohl in Belgien als auch in anderen Ländern Europas in relativ geschlossenen Gemeinschaften. Man findet eine bedeutende Zahl arrangierter Ehen und das Phänomen der Kettenmigration. Außerdem müsse die Migration aus der Türkei in erster Linie als eine temporäre Bewegung aus überwiegend ökonomischen Gründen angesehen werden. Die Marokkaner dagegen scheinen eher eine lose Gemeinschaft zu sein, die Veränderungen hinsichtlich der familiären Gemeinschaft sind abrupt, speziell unter den marokkanischen Frauen, die in Belgien geboren sind. Die Migration unter den marokkanischen Einwanderern ist definitiv und sie wünschen eine stärkere Akkulturation an den westlichen Lebensstil. Dies wirkt sich auf das reproduktive Verhalten aus [15].

Die Autoren schlussfolgern, dass nicht alle Veränderungen im demographischen Bereich nur als Ergebnis von Prozessen innerhalb der Migrantengemeinschaft zu interpretieren sind. Einige Veränderungen, insbesondere in der ersten Generation, sind sicherlich auch Resultat von Veränderungen im Ursprungsland. Dies ist z. B. zu beachten bei den durch Verheiratung nach Deutschland zugewanderten jungen türkeistämmigen Frauen einer neuen ersten Generation [15].

Kinderwunschberatung und kulturelle Normen

In einer sehr ausführlichen, mit 120 Literaturstellen unterlegten Publikation äußern sich Hynie und Hammer Burns [16] zu „Cross-cultural issues in infertility counselling“. Die Bereitstellung einer kultursensitiven Sterilitätsberatung in einer Zeit wachsender transnationaler Patientenströme wird von ihnen betont. Viele der Migrantinnen in Deutschland, mit denen Ärztinnen und

Ärzte in Kliniken und Praxen konfrontiert sind, kommen aus „anderen“ nicht-europäischen Kulturen. Es ist nach Hynie und Hammer Burns [16] jedoch zu konstatieren, dass vor allem die Kultur, aber auch Religion, Familienwerte, Geschlechtsrollen und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit einen Einfluss darauf haben, was Individuen und kulturelle Gruppen über Sterilität erfahren und wie sie damit umgehen.

Selbst für die Kinderwunschtherapie sind Kenntnisse zum soziokulturellen Hintergrund der Migrantin notwendig: stammt sie bzw. ihre Familie aus einer individualistisch oder einer kollektivistisch geprägten Gesellschaft? Differenzen in Bezug auf den Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit können nämlich auch durch gesellschaftliche Strukturen (Individualismus vs. Kollektivismus) erklärt werden. In individualistischen Kulturen haben die Interessen des Individuums Priorität vor den Zielen der „ingroup“, während in kollektivistischen Kulturen die Familie oder die Verwandtschaftsgruppe Vorrang vor den individuellen Bedürfnissen hat. Der kulturelle Grad des Kollektivismus oder Individualismus hat Einfluss darauf, wie die Patientin bzw. das Paar die Sterilität empfindet und bewertet [16].

Es ist davon auszugehen, dass Modernisierungsprozesse in den Herkunftsländern und die Migration in (westliche) Industrieländer sowie damit verbundene Veränderungsprozesse die jeweilige Orientierung beeinflussen.

Auch wenn einzelne Länder respektive die heutigen Gesellschaften kulturell homogen erscheinen, so Hynie und Hammer Burns [16], sind sie doch bis zu einem gewissen Grad multikulturell, so dass ein Bewusstsein von Verschiedenheit und der Einfluss der Kultur auf die Sterilitätstherapie und -beratung vorhanden sein sollte.

Die Autorinnen weisen darauf hin, dass man nicht annehmen sollte, dass eine bestimmte kulturelle Norm bei jedem Mitglied einer gegebenen Population vorhanden ist. Sie empfehlen, durch Fragen die Patientin dazu zu motivieren, ihre eigene kulturelle und religiöse Perspektive zu beschreiben und ihre persönliche Erfahrung, z. B. hinsichtlich der Sterilität, darzulegen [16].

■ Relevanz für die Praxis

- Während deutsche und andere westeuropäische Paare eher selbst- und partnerbezogene Motive für den Kinderwunsch erkennen lassen, ist der Kinderwunsch türkeistämmiger Paare stärker von deren sozialem Umfeld geprägt.
- Die Erwartungen der Familie und die eigene Angst vor Kinderlosigkeit führen Migrantinnen aus islamisch-patriarchalen Gesellschaften oft sehr früh in die reproduktionsmedizinische Behandlung.
- Eine bessere Informiertheit der Paare mit Migrationshintergrund über die Ursachen von Sterilität könnte helfen, zumindest einen Teil der Schuld- und Schamgefühle im Zusammenhang mit ungewollter Kinderlosigkeit abzubauen.
- In der Sterilitätsberatung und der Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten sind spezifische Fertigkeiten und Herangehensweisen sowie kultursensitive Ansätze nötig, um den sozialen und kulturellen Besonderheiten im Umgang mit Sterilität bei betroffenen Migrantinnen bzw. Paaren mit Migrationshintergrund gerecht zu werden.

Literatur:

1. ESHRE Special Task Force on "Developing Countries and Infertility". Ombelet W, Devroey P, Gianaroli L, te Velde E (eds). ESHRE-Monographs 2008; 1: 1–117.
2. Husain FA. Reproductive issues from the Islamic perspective. Hum Fertil (Camb) 2000; 3: 124–8.
3. Dyer SJ. The value of children in African countries – Insight from studies on infertility. J Psychosom Obstet Gynecol 2007; 28: 69–77.

4. Van Balen F, Trimbos-Kemper TCM. Involuntary childless couples: their desire to have children and their motives. J Psychosom Obstet Gynecol 1995; 16: 137–44.
5. Van Rooij FB, van Balen F, Hermanns JAM. Migrants and the meaning of parenthood: involuntary childless Turkish migrants in The Netherlands. Human Reprod 2006; 21: 1832–6.
6. Van Balen F, Inhorn MC. Interpreting infertility, a view from the social sciences. In: Inhorn MC, Van Balen F (eds). Interpreting infertility: childlessness, gender, and reproductive technologies in global perspective. UCLA Press, Berkeley, 2002; 3–32.

7. Zurayk H, Sholkamy H, Younis N, Khattab H. Women's health problems in the Arab World: a holistic policy perspective. Int J Gynecol Obstet 1997; 58: 13–21.
8. Schmid J, Kirchengast J, Wytiska-Binstorfer E, Huber J. Psychosocial and socialcultural aspects of infertility – a comparison between Austrian women and immigrant women. Anthropol Anz 2004; 62: 301–9.
9. Schmid J, Kirchengast J, Wytiska-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS – health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. Hum Reprod 2004; 19: 2251–7.
10. Van Rooij FB, van Balen F, Hermanns JAM. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. J Psychosom Obstet Gynecol 2007; 28: 87–95.
11. Kantenich H, Yüksel E. Psychosomatisches Betreuungskonzept steriler türkischer Paare in der Migration. Inauguraldissertation, Humboldt-Universität zu Berlin, 1997.
12. Borde Th, David M, Kantenich H. Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus. Berlin 2000. Schlussbericht. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förderkennzeichen 01EG 9523/2.
13. Culley LA, Hudson N, Rapport FL, Katbamna S, Johnson MR. British South Asian communities and infertility services. Hum Fertil (Camb) 2006; 9: 37–45.
14. Tang Z. Immigration and Chinese reproductive behavior in Canada. Soc Biol 2004; 51: 37–53.
15. Schoenmaeckers RC, Lodewijckx E, Gadeyne S. Marriages and fertility among Turkish and Moroccan women in Belgium: results from census data. Int Migr Rev 1999; 33: 901–28.
16. Hynie M, Hammer Burns L. Cross-cultural issues in infertility counselling. In: Covington SN, Hammer Burns L (eds). Infertility Counselling. A comprehensive handbook for clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2006; 61–82.

MENOPAUSE ANDROPAUSE ANTI-AGING 2009

Vienna – Hotel Hilton
3.–5. Dezember 2009

Veranstalter: Österreichische Menopausegesellschaft

Lokale Organisation:

Prof. DDr. J. C. Huber
Ass. Prof. Dr. M. M. Metka
Dr. W. Clementi

Information:

Ärztzentrale Med.Info
1014 Wien, Helferstorferstraße 4
Tel.: (+43/1) 531 16-32
Fax: (+43/1) 531 16-61
E- Mail: azmedinfo@media.co.at

www.menopausekongress.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)